SÍFILIS GESTACIONAL

Catilena Silva Pereira Santana

Editora Poisson

Catilena Silva Pereira Santana

Sífilis Gestacional

1ª Edição

Belo Horizonte

Editora Poisson

2024

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S232 SANTANA, Catilena Silva Pereira

Sífilis Gestacional/ Belo Horizonte-MG: Poisson, 2024

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-352-2
DOI: 10.36229/978-65-5866-352-2

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem 4. Métodos
I. SANTANA, Catilena Silva Pereira II. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

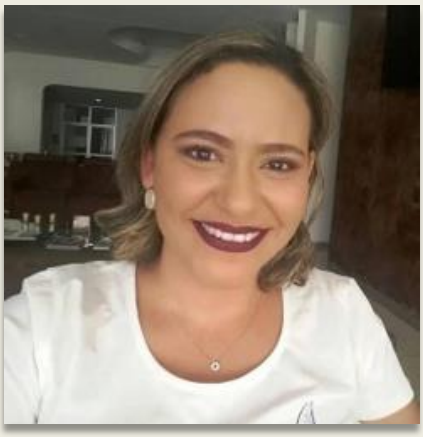
O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

Organizadora

Catilena Silva Pereira Santana



Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade de Taubaté- UNITAU (2021). Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e Coletiva. (2022) Pós-graduação em Saúde Mental (2021) e Docência do Ensino Superior (2021) pela ambas Faculdade do Bico -FABIC, Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2015), Graduação em Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria de Cajazeiras (2006). Atualmente Professora da Universidade Estadual do Tocantins- Unitins (seletivada), e Enfermeira Obstetra no Hospital Materno Infantil (HMI) na cidade de Marabá-PA (efetiva) e Professora da Faculdade de Ciências Médica do Pará (FACIMPA) na cidade de Marabá (CLT). Professora Destaque em 2019 em duas Instituições de Ensino Superior. Experiência na área de Educação e Saúde na Atenção Primária com ênfase nas Políticas Públicas de Saúde, Obstetricia-Neonatologia e Planejamento Familiar. Doula, Consultora Perinatal e Amamentação pelo Instituto Transforma Doulas e Inserção de DIU, pelo Instituto Insticler.

Prefácio

No primeiro capítulo, abordamos o mundo complexo da sífilis, uma doença infecciosa que tem afetado a saúde global por séculos. Abordaremos sua história, causas, sintomas e formas de transmissão. Este capítulo é um aprendizado sólido para compreender os desafios da sífilis gestacional e sua relevância impactante no campo da saúde pública.

No segundo capítulo, analisamos a situação atual da sífilis em gestantes a nível epidemiológico. Abordamos estatísticas, tendências e áreas afetadas. Compreender a extensão do problema é o primeiro passo para sua prevenção e controle eficaz. O terceiro capítulo foca especificamente na sífilis em gestantes. Exploramos como a doença afeta mulheres grávidas, bem como os riscos para os fetos e recém-nascidos. Este capítulo destaca a importância da detecção precoce e do tratamento adequado para garantir uma gravidez saudável.

No quarto capítulo, mergulhamos no quadro clínico da sífilis, explorando os avanços da doença e os sintomas que podem variar significativamente. O conhecimento detalhado do quadro clínico é essencial para o diagnóstico e tratamento eficaz. Entretanto no quinto capítulo, discutimos os diversos modos de transmissão da sífilis, incluindo sua transmissão de mãe para filho durante a gravidez. Compreender as vias de propagação da doença é fundamental para a prevenção e controle. No sexto capítulo, exploramos as metodologias e procedimentos de diagnóstico da sífilis. Abordamos testes laboratoriais, protocolos de triagem e diretrizes de diagnóstico. A identificação precisa da doença é a base para o tratamento eficaz.

O sétimo capítulo se concentra nas opções de tratamento para a sífilis, destacando os medicamentos e protocolos recomendados. Este capítulo é crucial para garantir a recuperação das gestantes e a proteção de seus bebês. No oitavo capítulo, discutimos estratégias de prevenção da sífilis, com ênfase na prevenção da transmissão de mãe para filho. Abordamos intervenções que visam interromper a cadeia de transmissão e promover a saúde das gestantes.

E claro que no nono capítulo, apresentamos o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e sua importância na vigilância epidemiológica da sífilis gestacional. Exploramos como o SINAN ajuda a coletar e analisar dados para embasar políticas de saúde pública. Finalizando abordagem com as dúvidas frequentes relacionadas à sífilis gestacional, oferecendo respostas e esclarecimentos sobre questões comuns, sendo este último capítulo um recurso prático para o leitor.

Catilena Pereira

SUMÁRIO

Capítulo 1: Aspectos gerais da sífilis 07

Capítulo 2: Aspectos epidemiológicos da sífilis em gestantes 15

Capítulo 3: Sífilis em gestantes 17

Capítulo 4: Quadro clínico 20

Capítulo 5: Modos de transmissão 23

Capítulo 6: Diagnóstico da sífilis 25

Capítulo 7: Tratamento 30

Capítulo 8: Prevenção 33

Capítulo 9: Assistência de enfermagem a gestante com sífilis 37

Capítulo 10: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 39

Referências 46

CAPÍTULO

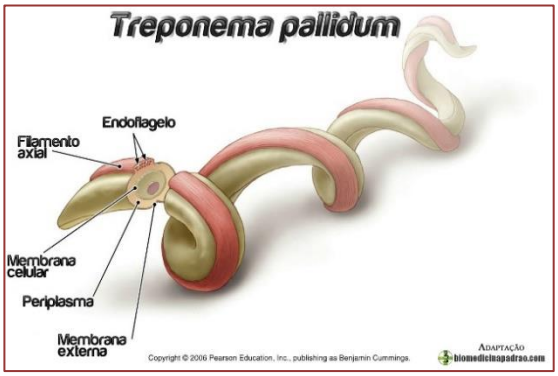
01 Aspectos gerais da sífilis

Advindo de um poema escrito por Girolamo Fracastoro intitulado Syphilis Sive Morbus Gallicus (“A sífilis ou mal gálico), o termo sífilis significa é proveniente do prefixo SYN (fazer juntos) e da palavra Philos (amor), que remete à principal forma de transmissão da doença. Em 1546, Fracastoro levantou essa hipótese de transmissão por relação sexual advindas de sementes que chamou de “seminaria contagionum”, essa teoria só foi levada em consideração no final do século XIX, com Louis Pasteur (TAGARELLI, 2011).

Somente em 1905, quando Fritz Shaudinn foi procurar um protozoário em uma amostra sifilítica, acabou identificando-se a presença de uma bactéria que inicialmente recebeu o nome de *Spirochaetta pallida*, por sua resistência aos corantes, posteriormente os pesquisadores que a encontraram, passaram a chama-la de *Treponema pallidum* (GRIEBELER, 2009).

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, provocada por um agente etiológico denominado como *Treponema pallidum* (Figura 1), o gênero Treponema compreende bacilos gram-negativos longos e delgados com as extremidades afuniladas, tem como características, células helicoidal, chamadas de espiroquetas, outros representantes da mesma espécie provoca diferentes tipos de doenças (SOUZA, 2016).

Figura 1- *Treponema Pallidum*



Fonte: Biomedicina Padrão, 2011.

O Treponema é parasita de mamíferos, sua subespécie pallidum possui um crescimento lento que explica o estágio da doença, outra característica deste parasita é sua sensibilidade às oscilações de temperatura, visto que influenciam diretamente em seu crescimento e desenvolvimento (SOUZA, 2016). No caso da infecção sífilis causada pelo *Treponema pallidum,* é causada exclusivamente em humanos (LIMA et al., 2021).

A sífilis é uma IST de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo espiroquetas, descobertas em 1905. Os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clinicas e classificar os estágios da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis devem ser priorizados, principalmente, na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Ao manter o contato prévio com o hospedeiro, a bactéria (*Treponema pallidum*) adentra a pele passando pelas superfícies cutâneas e mucosas até chegar à correte sanguínea e vasos linfáticos onde será distribuída para o organismo, posteriormente as células de defesa desenvolvem uma erosão e exulceração no ponto de inoculação (OLIVEIRA et al., 2022).

As manifestações clínicas da sífilis irão depender da evolução e/ou estágio da doença (Figura 2):

Figura 2- Manifestações clínicas da sífilis adquirida de acordo com a evolução e estágios da doença.

	Sífilis primária	Sífilis secundária	Sífilis terciária
Tipo da lesão	Ulceração ou erosão acompanhada, entre uma e duas semanas, de adenopatia regional não supurativa e indolor.	Lesões cutâneo-mucosas em geral acompanhadas de micropoliadenopatias em 70% a 90% dos casos. Sintomas gerais, como febre, dores articulares e mal-estar geral em 50% a 80%[1].	Na dependência dos órgãos envolvidos. Pode ocorrer sífilis cutânea benigna e visceral.
Localização	90% a 95% ocorrem na região genital, na mulher geralmente aparece nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uteri-no. Podem passar despercebidas[1].	Pode comprometer difusamente a pele e mucosas, e, frequentemente, as regiões palmo-plantares, os genitais, áreas de dobras ou de atrito e/ou em couro cabeludo, boca e sobran-celhas[1].	Pode acometer pele e mucosas, olhos, e órgãos internos, como o sistema nervoso central, ossos, coração e os grandes vasos[1].
Características da lesão	Geralmente única com bordos endurecidos e de fundo liso com secreção serosa, não dolorosa (**cancro duro**) acompanhada de linfadenite regional também não dolorosa, pode ocorrer mais de uma lesão[1].	Exantema maculopapular (roséola sifilítica), pápulas eritemato-descamativas (sifílides papulosas), pápulas erodidas, hipertróficas, condilomas planos perianais, placas mucosas e alopecia em clareiras.	Nódulos, tubérculos ou gomas (cutâneo-mucosas), tabes dorsalis, demência (Neurológicas), aneurisma aórtico (aneurisma aórtica) e artropatia de Charcot (articulares).
Evolução	A cicatrização da ulceração/erosã o ocorre com ou sem tratamento, em 3 a 8 semanas[1].	Regressão espontânea das lesões secundárias, que ocorre de 4 a 12 semanas após o seu início[1].	Os sinais e sintomas podem surgir em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, da infecção inicial.

Fonte: Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita, 2016.

Ainda de acordo com Brasil (2017) a sífilis pode ser classificada da seguinte maneira:

➢ Sífilis Primária

A sífilis primária é a primeira fase da infecção pelo Treponema pallidum, a bactéria responsável pela sífilis. Ela é caracterizada pelo aparecimento de uma lesão única no local de entrada da bactéria, que é indolor e conhecida como cancro duro ou protossifiloma. Aqui estão algumas informações importantes sobre a sífilis primária:

- Período de incubação: Após a infecção, pode ocorrer um período de incubação que varia de 10 a 90 dias antes que os sintomas apareçam.
- Lesão primária: O primeiro sintoma é o surgimento do cancro duro. Esta lesão tem uma base endurecida, contém secreção serosa e é rica em treponemas. Geralmente, a lesão primária se cura espontaneamente em aproximadamente duas semanas.

- Facilitação da infecção pelo HIV: As lesões sifilíticas podem facilitar a entrada do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no organismo. Isso torna a sífilis uma preocupação significativa em áreas com alta prevalência de HIV.
- Impacto na resposta imune: Pacientes com infecção simultânea por HIV e Treponema pallidum podem apresentar alterações na resposta imune humoral e na resposta à terapia para sífilis. Além disso, a sífilis pode acelerar a progressão para a AIDS, e a infecção pelo HIV pode alterar a história natural da sífilis.

O diagnóstico laboratorial da sífilis primária pode ser feito por meio de diferentes métodos, incluindo:

- Pesquisa direta do Treponema pallidum por microscopia de campo escuro.
- Coloração de Fontana-Tribondeau, que utiliza sais de prata.
- Imunofluorescência direta.
- Sorologia: Os anticorpos contra o Treponema pallidum começam a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro. Portanto, durante esta fase inicial, os testes sorológicos podem ser não reagentes. Os testes sorológicos, como o FTA-abs (um teste treponêmico), geralmente se tornam reagentes em torno de 10 dias após o aparecimento do cancro duro. Outros testes treponêmicos e não treponêmicos também podem se tornar reagentes à medida que a infecção progride.

O tratamento precoce da sífilis primária é fundamental, pois pode aumentar a possibilidade de os exames sorológicos se tornarem não reagentes. No entanto, mesmo após a cura da sífilis, os testes treponêmicos podem permanecer reagentes por toda a vida.

É importante ressaltar que a sífilis é uma infecção tratável, e o tratamento adequado com antibióticos, geralmente penicilina, é fundamental para evitar complicações em estágios posteriores da doença e para prevenir a sua transmissão para outras pessoas. Portanto, se você suspeitar de sífilis ou tiver sintomas semelhantes, é importante procurar atendimento médico para diagnóstico e tratamento adequados.

➢ Sífilis Secundária

A sífilis secundária é a segunda fase da infecção por Treponema pallidum e ocorre quando a sífilis primária não é tratada adequadamente. Nesta fase, a bactéria já invadiu todos os órgãos e fluidos do corpo. Aqui estão algumas informações importantes sobre a sífilis secundária:

- Manifestações clínicas: A principal manifestação clínica da sífilis secundária é o exantema cutâneo, que é uma erupção cutânea na pele. Essa erupção é rica em treponemas e pode se apresentar na forma de máculas, pápulas ou grandes placas eritematosas branco-acinzentadas, denominadas condiloma lata. As lesões de condiloma lata geralmente aparecem em áreas úmidas do corpo.
- Disseminação: Nesta fase, o Treponema pallidum se espalhou por todo o corpo, afetando órgãos internos e sistemas, além da pele.
- Diagnóstico laboratorial: O diagnóstico da sífilis secundária é confirmado por meio de testes sorológicos. Na sífilis secundária, todos os testes sorológicos tendem a ser reagentes, e os testes quantitativos costumam apresentar títulos elevados. Isso ocorre porque o organismo produz uma resposta imunológica mais forte na fase secundária da infecção.
- Evolução dos testes sorológicos: Após o tratamento da sífilis secundária, os testes treponêmicos geralmente permanecem reagentes por toda a vida do paciente, enquanto os testes não treponêmicos podem ter um comportamento variável. Alguns indivíduos podem ter testes não treponêmicos não reagentes após o tratamento, mas em outros, esses testes podem permanecer indefinidamente reagentes em baixos títulos.

O tratamento da sífilis secundária envolve o uso de antibióticos, geralmente penicilina, que é eficaz na eliminação da bactéria e na prevenção de complicações. A sífilis é uma doença grave que pode progredir para estágios ainda mais avançados se não for tratada adequadamente, afetando gravemente a saúde a longo prazo. Portanto, é fundamental que os indivíduos diagnosticados com sífilis recebam tratamento adequado e sigam as orientações médicas. Além disso, o parceiro sexual do paciente também deve ser informado e avaliado para a detecção e tratamento da infecção, conforme necessário, a fim de evitar a transmissão da doença.

➢ Sífilis Latente

Após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra em um período latente. Esse período latente pode ser dividido em dois estágios: recente (no primeiro ano) e tardio (após esse período). Durante a sífilis latente, não há manifestações clínicas visíveis, ou seja, o paciente não apresenta sintomas.

Na fase latente da sífilis, todos os testes sorológicos permanecem reagentes, o que significa que os anticorpos contra o Treponema pallidum ainda estão presentes no sangue. No entanto, é comum observar uma diminuição dos títulos nos testes quantitativos ao longo do tempo.

Para diferenciar a sífilis latente da infecção primária, pode-se realizar um teste no líquor (líquido cefalorraquidiano), que envolve a pesquisa da presença de anticorpos usando o VDRL. A evidência de sífilis latente é quando o VDRL é reagente no líquor, mas com baixos títulos no soro.

➢ Sífilis Terciária

A sífilis terciária é a forma mais avançada e grave da infecção por Treponema pallidum. Pode levar muitos anos, até duas décadas ou mais, para se manifestar após a infecção inicial. Neste estágio, a infecção se manifesta na forma de inflamação e destruição de tecidos, incluindo órgãos internos, ossos, pele e membranas mucosas. As manifestações mais graves da sífilis terciária incluem a sífilis cardiovascular (afetando o sistema cardiovascular) e a neurossífilis (afetando o sistema nervoso).

Nesta fase, os testes sorológicos geralmente são reagentes, e os títulos dos testes não treponêmicos tendem a ser baixos, embora possam ocorrer resultados não reagentes. Para pacientes com sintomas neurológicos, o exame do líquor (LCR) é indicado. No entanto, nenhum teste isolado é seguro para o diagnóstico da neurossífilis. Recomenda-se que o diagnóstico seja feito pela combinação da positividade dos testes sorológicos, aumento do número de células e proteínas no líquor.

Importante notar que a infecção pelo Treponema pallidum não confere imunidade permanente. Portanto, é necessário diferenciar entre a persistência de exames reagentes (cicatriz sorológica) e a reinfecção pelo T. pallidum.

A sífilis terciária é uma condição muito séria que pode causar danos irreversíveis ao organismo. Portanto, o diagnóstico e tratamento precoces da sífilis em suas fases iniciais (primária e secundária) são fundamentais para prevenir a progressão da doença para os estágios latente e terciário. O tratamento da sífilis terciária envolve o uso de antibióticos, como a penicilina, mas a eficácia do tratamento pode ser limitada na fase terciária, devido aos danos irreversíveis já causados pela infecção. Portanto, a prevenção e o diagnóstico precoce são a melhor abordagem.

➢ Sífilis Congênita

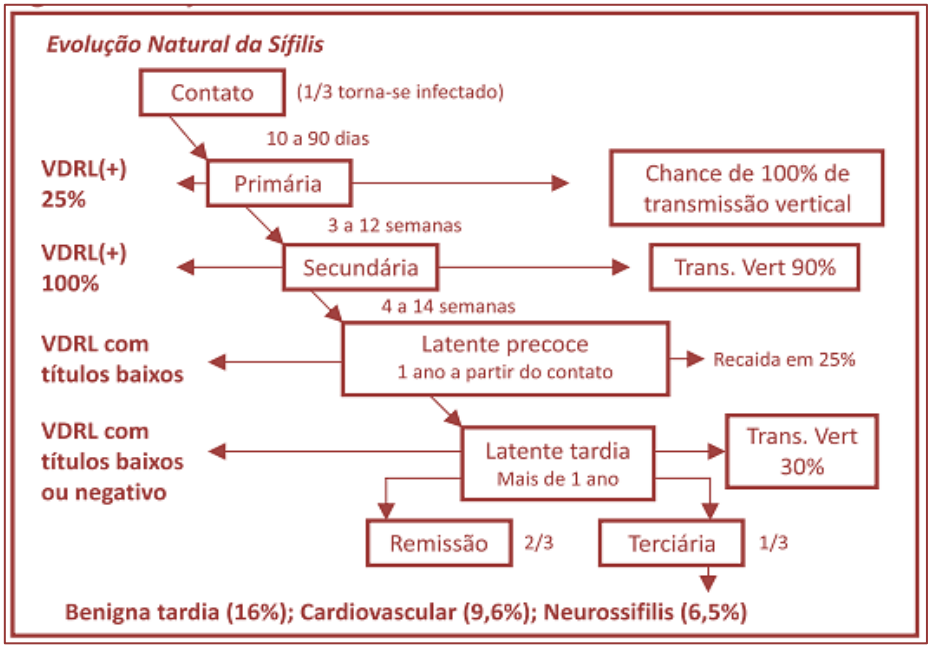
A sífilis congênita é uma condição séria que ocorre quando um feto é infectado com o Treponema pallidum, a bactéria causadora da sífilis, durante a gravidez devido à passagem do treponema pela placenta. Esta é uma complicação grave da sífilis em gestantes e pode ter consequências sérias para o bebê. Aqui estão algumas informações importantes sobre a sífilis congênita:

- Gravidade da infecção materna: A gravidade da sífilis congênita está relacionada à fase da infecção materna. Quanto mais recente for a infecção da mãe, maior é o risco de transmissão para o feto e de consequências graves para o bebê.
- Prevalência: A sífilis congênita ainda é um problema de saúde global. De acordo com um estudo de 2004, estimou-se que cerca de 1,6% das mulheres estivessem infectadas com sífilis no momento do parto, o que poderia resultar em aproximadamente 12 mil nascidos vivos com sífilis, assumindo uma taxa de transmissão de 25%.
- Manifestações na gestação: Durante a gestação, a sífilis congênita pode se manifestar com abortos espontâneos, nascimentos prematuros ou nascimentos de bebês que morrem logo após o parto.
- Manifestações no bebê: Ao nascer, um bebê com sífilis congênita pode apresentar várias manifestações clínicas, incluindo lesões bolhosas ricas em treponemas. Essas lesões podem ocorrer na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus. No entanto, a infecção congênita nem sempre se manifesta com essas características visíveis.

- Latência: A infecção congênita da sífilis pode permanecer latente no bebê e se manifestar durante a infância ou na vida adulta, causando uma série de problemas de saúde, se não for tratada adequadamente.
- Diagnóstico: O diagnóstico da sífilis congênita é feito pelo médico, considerando a comparação dos resultados dos testes não treponêmicos da mãe e do bebê, os resultados dos exames de imagem e os sinais clínicos presentes na criança. A presença de anticorpos e sintomas sugestivos pode levar ao diagnóstico da sífilis congênita.
- Tratamento: O tratamento da sífilis congênita é feito com antibióticos, como a penicilina, e é essencial para prevenir complicações sérias na saúde do bebê. É importante que as gestantes façam o acompanhamento pré-natal regular e sejam testadas para sífilis, a fim de identificar a infecção e tratá-la adequadamente antes que ela afete o feto. A prevenção e o tratamento da sífilis em gestantes são cruciais para reduzir a taxa de sífilis congênita e melhorar a saúde dos recém-nascidos.

Nos capítulos seguintes, serão aprofundadas as informações sobre a sífilis congênita. A figura 3 abaixo, mostra a evolução da sífilis em todos os estágios.

Figura 3- Evolução Natural da Sífilis



Fonte: Brasil, 2006.

CAPÍTULO

02 Aspectos epidemiológicos da sífilis em gestantes

A sífilis é considerada uma infecção reemergente, ou seja, emerge outra vez, ou mais de uma vez, esta demanda foi verificada na Itália e nos Estados Unidos da América, devido a esse atributo é necessário o acompanhamento rígido em todas as gestantes durante o pré-natal e ser apresentado um tratamento em tempo hábil, com a finalidade de refrear a infecção congênita (LAFETÁ et al., 2016).

Com quase 600 anos e conhecida desde o século XV, ainda é considerada grave problema de saúde pública no mundo, embora a descoberta da penicilina em 1940 e melhoria dos cuidados de saúde tenham levado a uma repentina diminuição de sua incidência, tanto na forma adquirida quanto congênita, a ponto de ter sido prevista total erradicação da doença até o final do século XX (NUNES et al., 2017).

De acordo com a OMS, em 2001, as doenças de transmissão sexual obtiveram um total de 340 milhões de casos no mundo, sendo 12 milhões destes de sífilis, que ocorreram, principalmente, em países em desenvolvimento (SILVA et al., 2022).

Dados mais atuais, demonstram que cerca de 2 milhões de gestantes são acometidas por sífilis anualmente, sendo que a maioria delas não realizam o teste para sífilis, ou não a trata adequadamente, este fato está relacionado em sua maioria com a assistência insuficiente durante o pré-natal (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Segundo o Boletim Epidemiológico, entre os anos de 2012 a 2016, no Brasil, houve um aumento expressivo no número de casos de sífilis em gestantes, devido a vários fatores, como: utilização inadequada utilização dos preservativos femininos e masculinos, desabastecimento da penicilina ou resistência para utilização da mesma, tanto por parte dos profissionais quanto das pacientes (BRASIL, 2017).

A partir de então, o Brasil está tentando diminuir e/ou erradicar os casos de sífilis através de estratégias de educação em saúde, principalmente, nas redes de atenção primária, a sífilis em gestantes passou a receber notificação compulsória desde 2005, passando a refletir na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto (BRASIL, 2007).

CAPÍTULO

03 Sífilis em gestantes

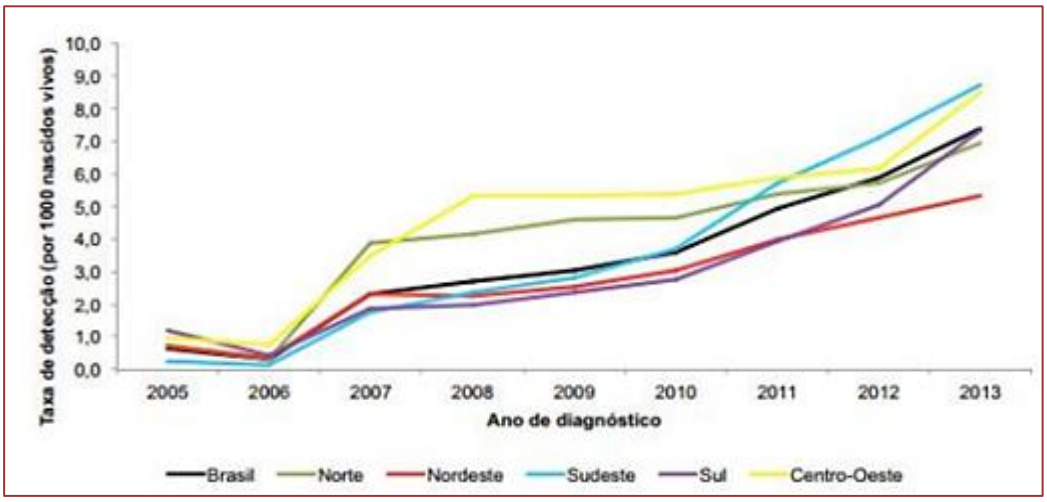
De acordo com Mesquita et al. (2012), o Ministério da Saúde recomenda a realização do exame sorológico de triagem VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), onde investiga e detecta a sífilis em gestantes, a orientação é a realização do teste no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. Relata ainda, que o teste de VDRL na maioria dos casos é o único exame disponível na área da saúde pública, bem como o método utilizado para controlar a cura da infecção.

É considerado caso de sífilis gestacional quando há evidências clínicas de que a gestante esteja com sífilis ou com sorologia de resultado reagente, mesmo sem a presença de teste treponêmico, realizado ao longo do pré-natal, no parto ou no momento de curetagem (BRASIL, 2008). Quanto maior o tempo de exposição à doença por parte da mãe, menor é o risco de transmissão vertical, apesar disso, a pesquisa da sífilis em gestantes é obrigatória (COUTO et al., 2006).

Considerando este contexto, de acordo com Campos et al. (2010), a sífilis gestacional, embora apresente um simples diagnóstico e um tratamento tão acessível até mesmo disponível na vias de saúde pública, ainda assim a infecção persiste em uma prevalência exorbitante, especialmente em países pobres de baixo desenvolvimento. Uma das grandes preocupações é o risco de transmissão vertical da sífilis, que dependendo da fase clínica da infecção o risco varia de 30% a 100%, e em casos da falta de tratamento pode provocar das infecções intrauterinas ocorre o aborto espontâneo ou a morte perinatal.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de sífilis gestacional de 2015, houve um aumento expressivo de notificações no ano de 2013 (Figura 4), se considerado os anos anteriores que pode ter sido influenciado por programas específicos de rastreamento da mesma, durante a gestação, como a Rede Cegonha, que abrange várias especificidades deste momento ímpar na vida de uma mulher (BRASIL, 2015).

Figura 4- Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2013.



Fonte: Brasil, 2015.

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do Treponema pallidum da mãe infectada para o feto durante a gravidez, através da via transplacentária. Aqui estão algumas informações adicionais sobre a sífilis congênita:

- **Transmissão Vertical:** A transmissão vertical do Treponema pallidum da mãe para o feto pode ocorrer em qualquer fase da gravidez ou estágio clínico da doença materna. No entanto, a probabilidade de transmissão vertical é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pelo tempo de exposição do feto no útero.
- **Taxa de Transmissão:** A taxa de infecção da transmissão vertical do Treponema pallidum em mulheres não tratadas é significativamente alta, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença. Essa taxa de transmissão diminui para cerca de 30% nas fases tardias da infecção materna, como na sífilis latente tardia e terciária.
- **Transmissão Direta no Parto:** Além da transmissão transplacentária, a transmissão direta do Treponema pallidum também pode ocorrer no momento do parto, se a mãe tiver lesões genitais. Durante a amamentação, a transmissão ocorrerá apenas se houver lesões mamárias por sífilis.
- **Resultados em Crianças Infectadas:** Em casos de mães não tratadas, aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir delas podem resultar em aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal.

- **Sintomas nos Recém-Nascidos:** Quando a mãe adquire sífilis durante a gravidez, os recém-nascidos podem apresentar infecção assintomática ou sintomática. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, mas os primeiros sintomas geralmente aparecem nos primeiros 3 meses de vida. Portanto, a triagem sorológica da mãe na maternidade é de extrema importância para o diagnóstico precoce.
- **Momento da Infecção do Feto:** Antigamente, acreditava-se que a infecção do feto pela mãe com sífilis não ocorresse antes do quarto mês de gestação. No entanto, já se constatou a presença do Treponema pallidum em fetos já a partir da nona semana de gestação.
- **Estágios da Sífilis Congênita**: Para fins de classificação, a sífilis congênita é dividida em dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida da criança, e tardia, diagnosticada após esse período.

O diagnóstico e o tratamento da sífilis na gestante são fundamentais para prevenir a transmissão para o feto e as complicações na saúde da criança. A triagem sorológica da mãe, o tratamento adequado durante a gravidez e a monitorização do recém-nascido são práticas importantes para a prevenção e o controle da sífilis congênita.

CAPÍTULO

04 Quadro clínico

➢ Sífilis Congênita precoce

A sífilis congênita precoce é uma condição que se manifesta em bebês e crianças até o segundo ano de vida e é causada pela transmissão do Treponema pallidum da mãe infectada para o feto durante a gestação. O diagnóstico dessa condição é um processo complexo, uma vez que mais da metade das crianças afetadas são assintomáticas ao nascimento, e os sinais clínicos podem ser discretos ou pouco específicos. Portanto, a combinação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais é fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita precoce. As principais características clínicas da sífilis congênita precoce são:

- Hepatomegalia: Aumento do fígado.
- Esplenomegalia: Aumento do baço.
- Lesões Cutâneas: Pênfigo palmo-plantar, condiloma plano e outras lesões cutâneas.
- Periostite, Osteíte ou Osteocondrite: Alterações ósseas que podem ser identificadas por exames radiológicos.
- Pseudoparalisia dos Membros: Fraqueza ou incapacidade de mover os membros.
- Sofrimento Respiratório: Pode ocorrer com ou sem pneumonia.
- Rinite Sero-Sanguinolenta: Inflamação do revestimento do nariz com presença de secreção sero-sanguinolenta.
- Icterícia: Coloração amarelada da pele e da parte branca dos olhos devido a problemas no fígado.
- Anemia: Redução no número de glóbulos vermelhos no sangue.

- Linfadenopatia Generalizada: Aumento dos gânglios linfáticos, principalmente os epitrocleares (na região do cotovelo).
- Outras Manifestações: Podem incluir petéquias (pontos vermelhos na pele), púrpura (manchas roxas), fissura peribucal (rachaduras ao redor da boca), síndrome nefrótica (um conjunto de sintomas renais), hidropsia (acúmulo anormal de fluido no corpo), edema (inchaço), convulsões e meningite.

➢ Sífilis Congênita tardia

A sífilis congênita tardia é uma condição que se manifesta após o segundo ano de vida da criança. O diagnóstico dessa condição é estabelecido da mesma forma que na sífilis congênita precoce, ou seja, por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, é importante investigar a possibilidade de a criança ter sido exposta ao Treponema pallidum por meio de exposição sexual. As principais características clínicas da sífilis congênita tardia podem incluir:

- Tíbia em "Lâmina de Sabre": Uma deformidade óssea nas pernas que se assemelha a uma lâmina de sabre.
- Articulações de Clutton: Inflamação das articulações, geralmente das joelheiras.
- Fronte "Olímpica": Uma protuberância óssea na fronte que pode se assemelhar à testa de uma divindade olímpica.
- Nariz "em Sela": Uma deformidade no nariz que se assemelha a uma sela.
- Dentes Incisivos Medianos Superiores Deformados (Dentes de Hutchinson): Dentes superiores incisivos que têm uma forma anormal, geralmente em forma de pá ou de amora.
- Molares em "Amora": Molares que têm uma aparência característica.
- Rágades Periorais: Fissuras ou fendas ao redor da boca.
- Mandíbula Curta: Diminuição no comprimento da mandíbula.
- Arco Palatino Elevado: O céu da boca tem um arco alto.
- Ceratite Intersticial: Inflamação da córnea do olho.
- Surdez Neurológica: Perda auditiva devido a problemas neurológicos.

- Dificuldade no Aprendizado: Problemas cognitivos e de aprendizado que podem ser causados pela infecção.

CAPÍTULO

05 Modos de transmissão

A Sífilis tem como principal via de transmissão o contato sexual, transmite-se também de forma vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não submetida ao tratamento ou quando passou por um Tratamento inadequadamente ou não finalizado. É possível a transmissão da infecção por transfusão sanguínea (BRASIL, 2010).

A transmissão para o feto por meio da placenta não tem um período frequente, a contaminação pode ocorrer em qualquer fase da gestação, todavia, depende do estado da infecção na gestante, pois, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e disponíveis para atingir o feto, que neste caso, o atinge de forma grave. Antagonicamente, infecção antiga desenvolve a formação de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção ao concepto, produzindo posteriormente lesões na criança (BRASIL, 2013).

Dados de estudos mostram que a taxa de transmissão da sífilis para o feto é de 80% durante a gravidez mas, também, há números expressivos de contaminação na hora do parto e esta infecção provoca de 30 a 50% de morte intrauterina (BRASIL, 2015)

A Sífilis é um exemplo de uma IST que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de teste diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo de baixo custo. No entanto, continua sendo sério problema de saúde pública no Brasil. Por ser uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica pode produzir as formas adquiridas e congênitas da doença (BRASIL, 2012).

O percentual de transmissão da sífilis depende do grau em que ela se encontra de acordo com seu estágio a sífilis pode ser assintomática, o que aumenta os números de transmissão sem que a pessoa saiba que está contaminando o parceiro, outro caso é de pacientes que iniciam o tratamento e o abandonam por achar que estão curados após os sintomas sumirem, o que os tornam transmissores diretos da doença (LUCIO et al., 2023).

CAPÍTULO

06 Diagnóstico da sífilis

O diagnóstico correto pode ser feito por meio de técnicas diretas onde são identificadas as bactérias por inteiro ou parte delas e através de forma indireta, onde são identificadas as respostas dos anticorpos presentes no corpo do hospedeiro em relação ao patógeno (DORADO et al., 2014). O diagnóstico (Figura 5), assim com o tratamento da sífilis, deve levar em conta a fase de evolução, este diagnóstico é realizado por meio de testes laboratoriais descritos a seguir (BRASIL, 2015).

Figura 5- Principais características dos testes para diagnóstico de sífilis

Tipo do teste	Pesquisa direta do *Treponema pallidum*	Testes sorológicos						
		Testes não-treponêmicos		Testes treponêmicos				
	Microscopia óptica em campo escuro	RPR	VDRL	TPHA/TPPA	FTA-Abs	ELISA	ECLIA	Teste rápido treponêmico
Sensibilidade	74-86%	86-100%	78-100%	85-100%	70-100%	82-100%	98-100%	84-98%
Especificidade	85-97%	93-98%	98-100%	98-100%	94-100%	97-100%	99-100%	94-98%
Comentários	A especificidade pode ser comprometida pela presença de fragmentos ou treponemas endógenos.	- Este teste pode apresentar resultados falsos-positivos*; - Teste utilizado para monitorar o tratamento; - Títulos de testes não-treponêmicos podem estar correlacionados com atividade da doença.	- Este teste pode apresentar resultados falso-positivos*; - Teste utilizado para identificar infecção ativa e monitorar o tratamento.	- Mais utilizado como teste confirmatório; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Mais utilizado como teste confirmatório; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Pode ser utilizado como teste de triagem ou confirmatório; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Mais utilizado como teste de triagem; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Utilizado como teste de triagem; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.

Fonte: Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita, 2016.

➢ Diagnóstico Clínico

Além do teste sorológico não treponêmico de VDRL para diagnosticar a sífilis, existem outros exames laboratoriais que também podem revelar a possível infecção, tais como, a sorologia treponêmica (FTA-abs, MHA-Tp), raio x de ossos longos, já que a presença de anormalidades em radiografias de ossos longos é frequente na sífilis congênita sintomática, porém a equipe de assistência do pré-natal deve ser capaz de identificar alguns sintomas físicos e clínicos da infecção. O teste feito do líquido cefalorraquidiano (LCR), a presença de leucocitose e o elevado conteúdo proteico no LCR de um recém-nascido (antes de 28 dias), suspeito de ser portador de sífilis congênita (BRASIL, 2013).

A sífilis é uma infecção com evolução lenta, quando não é tratada, varia de períodos sintomáticos e assintomáticos, com particularidades clínicas, imunológicas e histopatológicas que se distinguem, divididas em três fases: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária (BRASIL, 2010).

- **Sífilis primária:** Caracteriza-se por ser uma lesão rosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, com aparecimento entre 10 e 90 dias média de 21 dias após o contato sexual infectante. Na mulher, geralmente aparece nos pequenos lábios vaginais, paredes vaginais, colo uterino e anus, porém pode passar despercebida (BRASIL, 2012).
- **Sífilis secundária:** Durante a gestação de uma pessoa infectada os riscos de infecção por meio da correte sanguínea para o concepto é altíssima, principalmente nas gestantes com sífilis primária e secundária (GUINSBURG; SANTOS, 2010). No período entre seis semanas a seis meses pós-infecção pelo treponema que se dissemina em todo o organismo, surge a sífilis secundária, neste período é possível surgir erupções cutâneas em forma de mácula especialmente na região do tronco, podem ocorrer também placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas, alopecia em clareira e madarose. Os sintomas podem sumir mesmo sem tratamento depois de algumas semanas e a infecção entra em situação de latência, todavia em poucos casos ocorre o caso de comprometimento hepático, podendo haver casos oculares e meníngeos (BRASIL, 2015).

- **Sífilis terciária:** Há uma fase da sífilis que ocorre sem as manifestações clínicas da infecção, esse período é chamado de sífilis latente, ela é subdividida em precoce e tardia. Para ser diagnosticada a infecção da sífilis como não há manifestações clínicas é mais complicado, porém é detectada por exames sorológicos (SILVA et al., 2022). A sífilis terciária ou latente ocorre em portadores do treponema que foram não foram tratados ou foram submetidos por um tratamento inadequado. Incluem nessa fase as formas ósseas, cardiovasculares, nervosa, cutânea entre outras, embora haja essas condições não há as manifestações clínicas. Esta fase também é conhecida de sífilis tardia cutânea, pois surgem lesões gomosas e nodulares. Na condição de sífilis óssea, pode surgir osteíte gomosa, artrites e periostite. No caso cardiovascular ocorre a insuficiência aórtica, aneurisma e estenose de coronárias (MONNERAT, 2021).

➢ Diagnóstico Laboratorial

Para se diagnosticar a sífilis é necessário considerar o contexto da vida do paciente, levando em consideração seu histórico clínico bem como a análise dos testes de laboratório na detecção de antígeno ou anticorpos. Partindo desse pressuposto, é de suma importância investigar a evolução da doença do indivíduo investigado, considerando as manifestações clínicas, e identificar as fases da infecção bem como o resultado dos testes para que seja aplicado o tratamento adequado (BRAULE, 2022).

Diagnosticar a sífilis durante a gestação é algo simples e o tratamento após a confirmação é eficaz, todavia apesar da facilidade do diagnóstico a quantidade de casos de sífilis são alarmantes, a possibilidade de haver transmissão vertical dependendo da fase clínica da infecção da gestante são grande, em casos de infecções intrauterinas resulta no aborto espontâneo do feto ou morte perinatal, portanto diagnosticar a infecção precoce é o mais indicado, o quanto antes descobrir a infecção mais chances de levar a gestação até o fim, trata-la e proteger o feto (DA SILVA; RIBEIRO; DE PAULA, 2023).

Os exames sorológicos são realizados na ausência de sintomas, pois não é possível diagnosticar a fase da sífilis na falta de manifestações clínicas, e o tratamento adequado é justificado após a comprovação via testes laboratoriais. Existem testes de quantitativos e de alta sensibilidade capaz de diagnosticar a infecção, detectando positividade mesmo depois do indivíduo está curada, essa positividade são conhecidos como a cicatriz da sífilis, os testes são o veneral disease research laboratory (VDRL) e o rapidplasma reagin

(RPR). A chamada cicatriz sorológica ou imunológica deixa de apresentar positividade progressivamente, depois de um longo período após o tratamento adequado os testes tornam-se não reagentes. É aconselhável que o indivíduo se submeta ao teste após o período da sífilis primária, nesse período a detecção do agente no material coletado da lesão é mais sensível. Devido a possibilidade de encontrar resultados falso-positivo e falso-negativo do VDRL em determinadas situações é necessário repetir os teste em outro período (DA SILVA; RIBEIRO; DE PAULA, 2023)

- **Microscopia direta:** Quando o indivíduo infectado pelo *T. pallidum* apresenta lesões cutâneo-mucosa o método utilizado para diagnosticar a infecção é a biopsia ou autópsia, nesse caso é coletado o material das lesões para análise o procedimento apresenta sensibilidade de 70% a 80%. O método de campo escuro de preparação e observação é feito de imediato após a coleta do material, alguns fatores podem diminuir a sensibilidade e influenciar diretamente no resultado do exame, tais como tratamento prévio, coletas inadequadas do material, tratamento prévio, coleta na fase final da evolução das lesões quando já está muito baixa a população de *T. pallidum* (MONTEIRO; GOMES; FREITAS, 2020).
- **Sorologia não treponêmica (VDRL):** Indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico, devido à propriedade de ser passível de titulação. A sensibilidade do teste, na fase primária, é de 78%, elevando-se nas fases secundária (100%) e latente (cerca de 100%). Com mais de 1 ano de evolução, a sensibilidade cai progressivamente, fixando-se, em média, em 70%. A especificidade do teste é de 98%. Após instituído o tratamento, o VDRL apresenta queda progressiva nas titulações, podendo resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção cicatriz sorológica (BRASIL, 2010).
- **Sorologia treponêmica (FTA-ABS):** Os testes treponêmicos recebem esse nome, devido suas pesquisas para diagnóstico ser baseado na detecção direta da bactéria *Treponema pallidum*. A realização deste teste é mais complexa que as não treponêmico, assim não são a primeira opção para rastrear a infecção, são exames confirmatórios, utiliza-se o teste de VDRL como primeira opção de rastreamento e depois o FTA-ABS para confirmar a contaminação. Outro benefício deste exame é o fato de sua janela imunológica ser mais curta, ele tem a capacidade de apontar

positividade dias após o surgimento do cancro duro, outro benefício é a sua baixa taxa de falso positivo devido sua pesquisa ser direta (SÁ JÚNIOR, 2022).

A busca ativa de casos de sífilis gestacional é obrigatória durante o pré-natal, o VDRL é solicitado na primeira consulta e deve ser repetida entre a 32ª e 36ª semana de gestação, a notificação e vigilância desse agravo é indispensável para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é o objetivo do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (BRASIL, 2010).

CAPÍTULO

07 Tratamento

O tratamento da infecção em gestante é feito pelo uso da penicilina, o antibiótico é manipulado de acordo com a fase da doença, ou seja, o tratamento altera de acordo com a fase da infecção. A penicilina benzatina (Benzetacil) é utilizada em dose única em casos de sífilis primárias, secundária ou latente precoce, a quantidade de doses varia de acordo com o tempo de infecção, como o exemplo de casos de sífilis com mais de 1 ano de infecção ou em tempo indeterminado a quantidade de doses de penicilina benzatina (Benzetacil) altera para 3 com intervalo de uma semana. Em situações de sífilis que acomete o sistema neurológico ao invés de tratar a infecção com penicilina benzatina (Benzetacil) utiliza-se a penicilina G cristalina ou penicilina G procaína. O tratamento sempre é feito com penicilina tanto em casos de gestantes como em não gestantes e homens, com exceções de pacientes alérgicos onde a penicilina deve ser substituída por outro antibiótico caso não funcione o processo de dessensibilização (PINHEIRO, 2018).

No caso do tratamento materno considera-se que o tratamento de gestante com penicilina já no primeiro trimestre normalmente impede a infecção do feto, após esse período o concepto também deve ser tratado, caso não haja reações alérgicas. Em caso de alergias a penicilina, em caso de pós-parto, o tratamento alternativo pode ser o uso da eritromicina, este não tratará a infecção do feto. O uso deste medicamento não é indicado para gestante por apresentar uma passagem transplacentária errática. O uso da azitromicina também é preocupante, pois em gestantes pode apresentar resultados colaterais diversos, nos EUA e Canadá estudos indicaram o desenvolvimento de mutações em genes do RNA ribossômico do *Treponema pallidum* podendo apresentar Resistência bacteriana a outros antibióticos, portanto sabe-se que há poucos estudos a respeito de drogas que podem ser utilizadas como tratamento alternativos nestes casos (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

➢ Tratamento do parceiro

Com o tratamento simultâneo do casal, em tempo oportuno do pré-natal, é possível aumentar as chances de minimizar a sífilis congênita. Infelizmente, percebe-se que, mesmo se tendo alta cobertura de pré-natal às gestantes, com média de seis a sete consultas durante a gestação, com a oferta de diagnósticos realizados por meio de técnica simples, rápida e de baixo custo e a disponibilidade da penicilina nas farmácias da ESF, ainda não foram medidas suficientes para promover a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública (HILDEBRAND, 2010).

O tratamento do parceiro sexual em gestante com a infecção da sífilis é indispensável e deve ser realizada concomitantemente, a falta deste tratamento invalida todas as medidas de controle da infecção no período do pré-natal (DALLÉ, 2017). A penicilina benzatina também é utilizada para os parceiros sexual da gestante, no caso de não haver parceiro fixo, a orientação é de abstinência ou sexo seguro com preservativo (BRASIL, 2010).

As instruções normativas do Ministério da Saúde para o controle e prevenção da sífilis direcionam ações para que profissionais, ao atenderem a gestante com sífilis e seu parceiro, assumam uma postura acolhedora e não julgadora; identifiquem as crenças e os valores dos clientes acerca das DST, e utilizem linguagem compatível com a cultura dos mesmos (GUERREIRO, 2012).

Os esquemas terapêuticos para o tratamento da sífilis em pacientes não gestantes ou não nutrizes, juntamente com o controle de cura, são fundamentais para a eficácia do tratamento, bem como para gestantes e nutrizes, conforme apresentado nas figuras 6 e 7.

Figura 6- Resumo dos esquemas terapêuticos para o tratamento da sífilis em não gestantes ou não nutrizes

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries	Opções terapêuticas na impossibilidade de uso da Penicilina:	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 série* Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 30 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Neurossífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia. 10 a 14 dias	4/4 h diariamente por 10 dias	Penicilina procaína 2,4 milhões UI (IM) diariamente associada à probenecida 500 mg (VO) quatro vezes por dia, ambas de 10 a 14 dias	Exame de líquor de 6/6 meses até normalização

*1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo.

Fonte: Brasil, 2006.

Figura 7- Resumo dos esquemas terapêuticos para gestantes e controle de cura

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura(sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI.	1 semana	VDRL mensal

1 série = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

Fonte: Brasil, 2006.

CAPÍTULO

08 Prevenção

As notificações compulsórias de casos de sífilis congênita tornou-se um agravo preocupante, a infecção é responsável por vários casos de morbimortalidade perinatal. Uns dos fatores que impede o controle da infecção é a negligencia quanto ao uso de preservativo, promiscuidade, falta de tratamento adequado e ausência de assistência oferecida no pré-natal (CALLOU FILHO, 2020).

O uso de preservativo ainda é a melhor maneira de proteção as IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), o preservativo impede o contato da pele que pode transmitir fungos, bactérias e vírus, também é considerado uma forma de prevenção a diminuição de parceiros bem como a fidelidade (BRASIL, 2010).

No caso de mulheres gestantes diagnosticadas no primeiro trimestre com a infecção de sífilis o importante é iniciar o tratamento de imediato para prevenir a infecção fetal, neste caso a prevenção é feita por meio do tratamento adequado com penicilina da gestante em concomitância com seu parceiro, uso de preservativos ou a abstinência total do sexo (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

No sistema público de saúde é comum o método de campanhas de conscientização na tentativa de informar e alertar a população sobre a importância da prevenção da sífilis de outras infecções (BRASIL, 2010).

➢ Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita é essencial para controlar a transmissão da doença e acompanhar o seu comportamento, bem como para planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle. Abaixo estão os principais pontos relacionados à vigilância epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita.

Sífilis em Gestantes

- Objetivos:
- ✓ Controlar a transmissão vertical do Treponema pallidum (transmissão da mãe para o feto).
- ✓ Acompanhar o comportamento da infecção nas gestantes para planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle.
- Definição de caso de sífilis em gestantes para fins de vigilância epidemiológica:
- ✓ Gestante que, durante o pré-natal, apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.
- Medidas de Vigilância, Controle e Prevenção:
- ✓ Utilização do Sistema de Informação - SINAN Gestante com Sífilis.
- ✓ Notificação e investigação de casos de sífilis em gestantes por meio de uma ficha padronizada.
- ✓ Os locais de notificação são os serviços de pré-natal.
- ✓ O fluxo de informação segue o mesmo padrão dos outros agravos de notificação compulsória nacional.

Sífilis Congênita

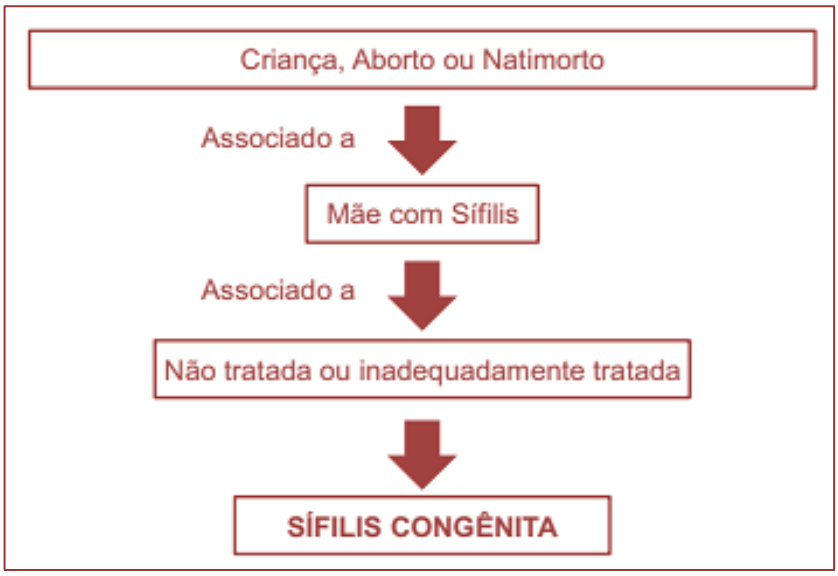
A sífilis congênita também é uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica. A investigação de sífilis congênita é desencadeada nas seguintes situações:

- Todas as crianças nascidas de mães com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial) diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério.
- Qualquer indivíduo com menos de 13 anos que apresente suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

A vigilância epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita é fundamental para identificar casos, monitorar o comportamento da doença e implementar medidas de prevenção e controle. Isso ajuda a reduzir a transmissão da sífilis da mãe para o feto, protegendo a saúde das crianças e contribuindo para a erradicação da sífilis congênita.

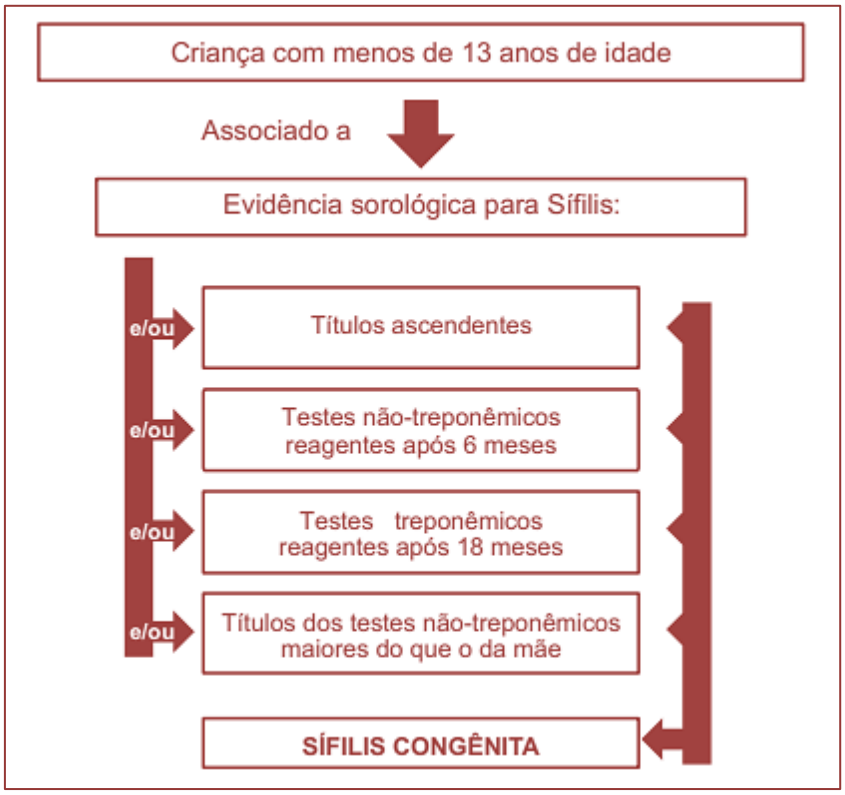
Para fins de vigilância epidemiológica, a definição de caso de sífilis congênita é composta por quatro critérios (Figuras 8, 9, 10 e 11).

Figura 8- Primeiro critério para definição de caso de sífilis congênita



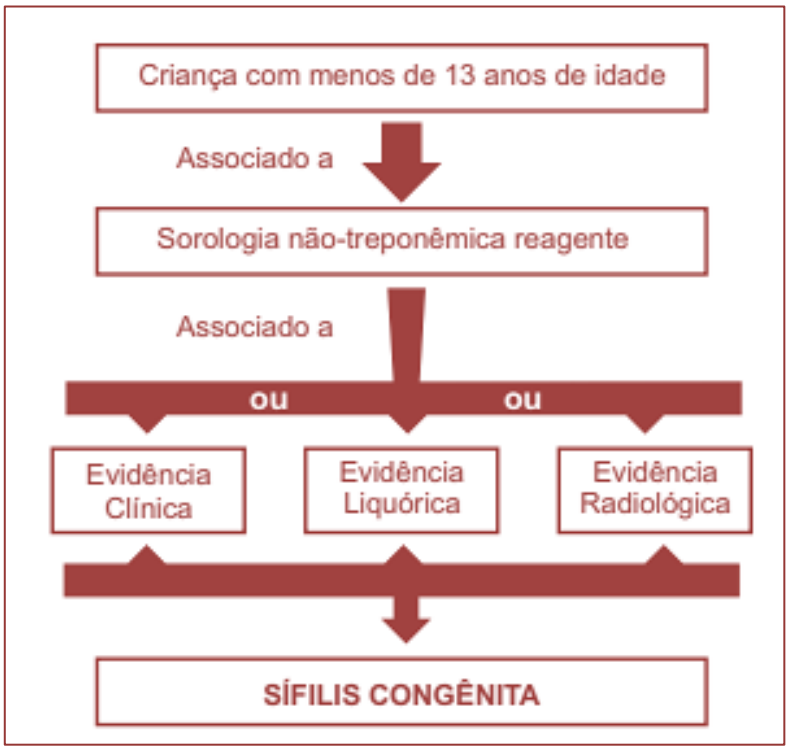
Fonte: Brasil, 2006.

Figura 9- Segundo critério para definição de caso de sífilis congênita



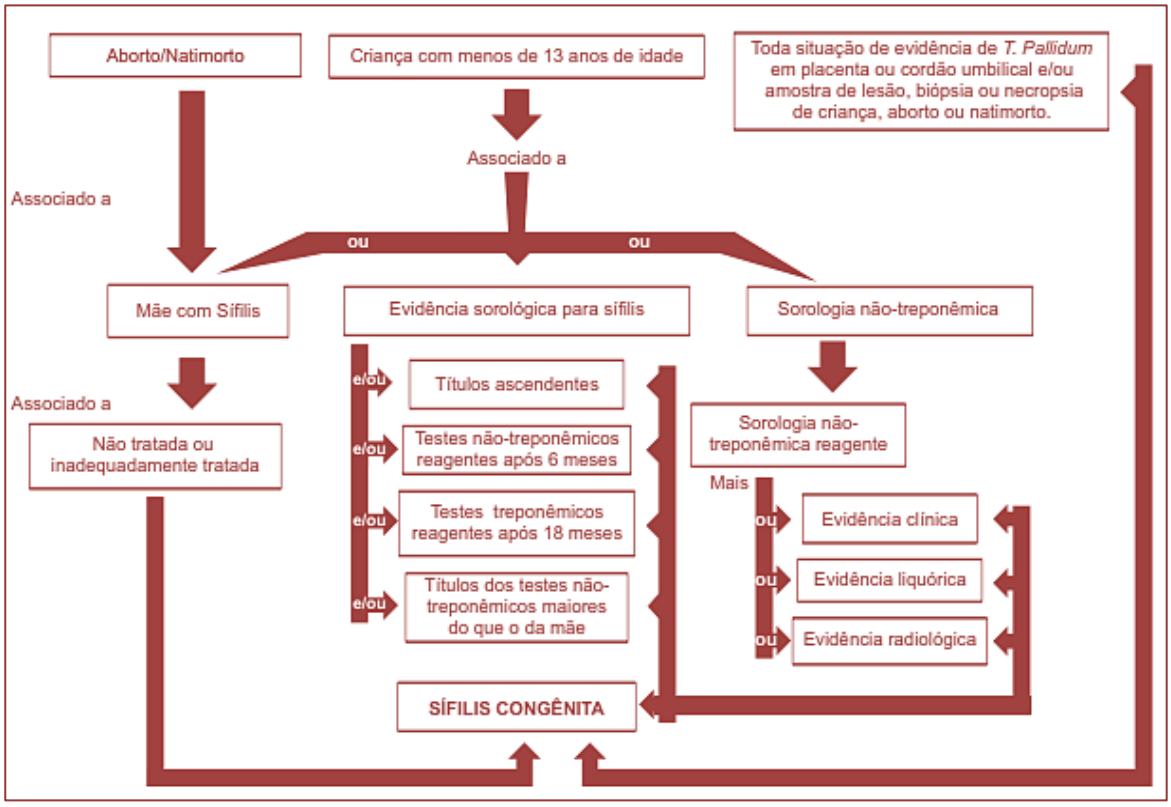
Fonte: Brasil, 2006.

Figura 10- Terceiro critério para definição de caso de sífilis congênita



Fonte: Brasil, 2006.

Figura 11- Quarto critério para definição de caso de sífilis congênita



Fonte: Brasil, 2006.

CAPÍTULO

09 Assistência de enfermagem a gestante com sífilis

A eficiência do profissional de saúde responsável pelo acompanhamento do pré-natal é de suma importância para contribuir com o diagnóstico precoce de gestantes infectadas. Seguir à risca as normas contidas no protocolo, oferecendo a assistência adequada tanto para o diagnostico como para o tratamento está diretamente relacionada a eficácia do trabalho de assistência do pré-natal. Um profissional ineficaz pode impedir ou retardar o rastreamento da infecção e consequentemente o tratamento da mesma. Falhas nas orientações, na interpretação de diagnóstico, não constatar os sintomas de infecção por meio do exame físico e falha no tratamento da gestante e seu parceiro são exemplo de uma assistência deficiente, ineficaz sem garantia de qualidade (SILVEIRA et al., 2018).

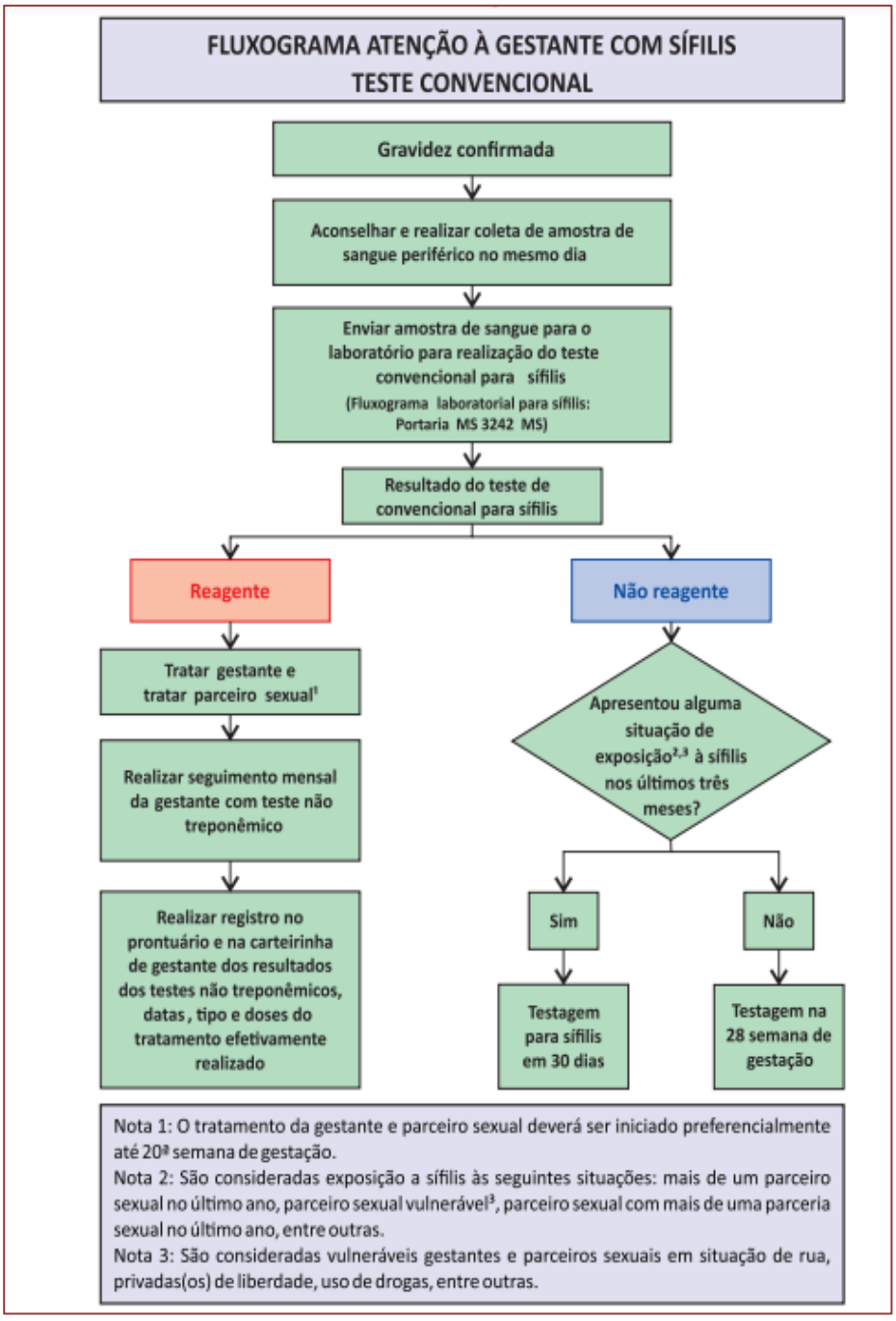
O vínculo entre comunidade e enfermeiros ao realizar a assistência pré-natal. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o vínculo tem a finalidade de estabelecer relação de afetividade entre profissional e usuário, família, comunidade, baseada na ética, na corresponsabilidade, no respeito e na confiança. A construção do vínculo não depende apenas da equipe de saúde, mas também dos usuários por carregarem em si um potencial terapêutico. A base do vínculo para a equipe é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram, ou são por ela procurados (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre trabalhador da saúde e o sujeito, permeando todas as fases do tratamento. Facilita a construção da autonomia mediante a responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos na terapêutica, propiciando um cuidado integral (JORGE et al., 2011).

A assistência de enfermagem à gestante com sífilis desempenha um papel crucial na prevenção da transmissão vertical da doença, bem como no cuidado integral à saúde

da mãe e do feto. A assistência de enfermagem à gestante com sífilis é um processo abrangente que abrange triagem, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e educação. É uma parte vital do esforço para prevenir a transmissão vertical da sífilis e garantir a saúde da mãe e do feto. A equipe de enfermagem desempenha um papel essencial ao fornecer cuidados de alta qualidade, apoio emocional e orientação às gestantes afetadas por essa infecção grave (Figura 12).

Figura 12- Assistência à gestante com sífilis



Fonte: Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita, 2016.

CAPÍTULO

10 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foi implantado gradualmente no decorrer dos anos em alguns órgãos de serviços de saúde de interesse, a partir do ano de 1993. Todavia, esta implantação foi realizada de forma singular nas unidades federais e em alguns municípios, não havendo uma coordenação equilibrada e um acompanhamento por parte de pessoas responsáveis. No ano de 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia – Cenepi retoma o processo de implantação do Sinan e constitui uma comissão para realizar o desenvolvimento do projeto. No ano de 1998, o uso do Sinan foi regulamentado, tornando obrigatória a alimentação regular pelos municípios, estados e Distrito dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das Federais (BRASIL, 2006).

O objetivo do SINAN é coletar, transmitir e disseminar doenças de notificação compulsória as atribuições das três esferas de governo com relação a gestão, a estruturação e a operacionalização do Sistema de Informação Epidemiológica Informatizada, a fim de garantir a alimentação permanente e regular de dados nacionais, estaduais e municipais, foram definidas pela Portaria MG/MS n.º 1.399 (BRASIL, 1999) e Portaria GM/MS nº 95 (BRASIL, 2001) e Instrução Normativa SVS/MS nº 2 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

Os instrumentos de coletas de dados são fundamentais por que sua utilização é de caráter padronizado (ANEXOS I e II). Toda vez que os instrumentos de coleta forem alterados, os instrumentos antigos devem ser recolhidos e substituídos pelos novos instrumentos de coleta. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) deve coordenar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), essa substituição. As unidades federadas deverão utilizar o modelo padronizado pela SVS/MS. A Ficha de Notificação deverá ser impressa em duas vias pré-numeradas. A primeira via deverá ser enviada pela

unidade de saúde para o local no qual será feita a digitação, caso a unidade de saúde não seja informatizada, e a segunda via deverá ser arquivada na própria unidade de saúde. Caso a unidade federada opte por não trabalhar com a Ficha de Notificação pré-numerada em duas vias, as informações preenchidas na Ficha de Notificação deverão ser transcritas para o cabeçalho da ficha de investigação do respectivo agravo notificado (DANIEL, 2012).

A impressão, distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para os municípios e de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, podendo ser delegada para o município. A distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras e de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 1998).

A importância na utilização de fichas de notificação pré-numeradas consiste em evitar que haja sobreposição de fichas de notificação de dois casos distintos, que tenham os mesmos campos-chave identificadores do registro no sistema (mesmo número, data de notificação, município de notificação e agravo) (BRASIL, 2007).

DÚVIDAS FREQUENTES

Se uma gestante com sorologia treponêmica reagente relatar tratamento anterior, devo notificar o caso?

Resposta: Sim, o profissional de saúde deve realizar uma investigação clínica, laboratorial e epidemiológica do caso. Se houver confirmação de reinfecção ou tratamento inadequado anterior, o caso deve ser tratado novamente e notificado. É importante notificar cada gestação em que a infecção por sífilis for identificada.

Se eu identificar uma gestante com sífilis na maternidade, devo notificá-la?
Resposta: Não, a gestante com sífilis deve ser notificada apenas durante o pré-natal. Nesse caso, a parturiente deve ser notificada como um caso de sífilis adquirida (se atender aos critérios de definição de caso), e o recém-nascido deve ser notificado como um caso de sífilis congênita.

Devo fazer duas notificações para uma gestante com sífilis em uma gestação gemelar?

Resposta: Não, você deve preencher apenas uma ficha de notificação para gestante com sífilis. Os recém-nascidos resultantes dessa gestação que tiverem sífilis congênita devem ser notificados separadamente.

Quais unidades de saúde devem investigar e notificar casos de sífilis em gestantes?

Resposta: As principais fontes de detecção de casos são os serviços que realizam o pré-natal ou prestam assistência a gestantes e mulheres em idade reprodutiva. É fundamental identificar as gestantes o mais cedo possível para permitir um diagnóstico e tratamento adequados tanto para a gestante quanto para seu parceiro sexual.

Quais informações sobre a sífilis na gestante devem ser registradas na carteira/cartão de gestante para levar à maternidade?

Resposta: Deve-se registrar informações sobre o diagnóstico e o tratamento da gestante e do parceiro sexual, incluindo a data do tratamento, o medicamento utilizado e a dose.

Posso iniciar o tratamento da gestante com apenas um teste não-treponêmico reagente?

Resposta: Sim, se os resultados dos testes sorológicos não estiverem completos de acordo com o fluxograma laboratorial recomendado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, o tratamento deve ser iniciado para a gestante e seu parceiro sexual enquanto aguarda a conclusão da investigação laboratorial.

Devo tratar a gestante com teste rápido para sífilis reagente?

Resposta: Sim, o tratamento deve ser iniciado, e uma amostra de sangue deve ser coletada para a realização de um teste não-treponêmico convencional (VDRL/RPR).

É necessário realizar o FTA-ABS-IGM para a confirmação do teste não-treponêmico reagente?

Resposta: Não, o teste laboratorial FTA-Abs-Igm apresenta dificuldades técnicas em sua realização e interpretação, podendo fornecer resultados falsos negativos. Deve-se realizar apenas o FTA-Abs como teste treponêmico para a confirmação do diagnóstico.

Posso fazer o teste rápido treponêmico na maternidade no momento do parto? Resposta: Sim, e se o resultado for reagente, é necessário realizar um teste não-treponêmico e uma investigação detalhada da parturiente.

Posso administrar penicilina G benzatina na Unidade Básica de Saúde (UBS)? Resposta: Sim, a penicilina G benzatina deve ser administrada em todas as UBS.

Como posso determinar se a gestante com sífilis apresenta uma reação anafilática à penicilina G benzatina?

Resposta: Deve-se verificar se há histórico de reações alérgicas anteriores durante a anamnese. Se o histórico for positivo, deve ser aplicado um questionário específico para avaliar o tipo de reação relatada. Se a suspeita de alergia à penicilina persistir após a aplicação do questionário, deve-se realizar um teste de sensibilidade à penicilina e, se o teste for positivo, a dessensibilização deve ser realizada em um ambiente hospitalar.

Devo fazer o teste de sensibilidade à penicilina em todas as gestantes? Resposta: Não, o teste de sensibilidade à penicilina deve ser realizado apenas em gestantes com suspeita de alergia à penicilina durante a anamnese.

Existe alguma indicação para o tratamento da gestante com sífilis com eritromicina?

Resposta: Não, a eritromicina não é mais indicada como tratamento alternativo para gestantes com sífilis, pois não trata a gestante nem o bebê.

O que fazer se, após um tratamento adequado com a medicação e doses apropriadas para a fase da doença, houver um aumento de duas vezes no título do teste não-treponêmico (VDRL) da gestante?

Resposta: Deve-se investigar a eficácia do tratamento da gestante e do parceiro sexual, além de avaliar a possibilidade de nova exposição, como a presença de outro parceiro sexual. Se for confirmado que o tratamento foi adequado e a elevação do título ocorreu, o tratamento deve ser reiniciado imediatamente para a gestante e seu(s) parceiro(s) sexual(is).

O que é considerado um "parceiro com sífilis" no caso de gestantes?

Resposta: Um parceiro com sífilis é aquele que apresenta sorologia reagente em teste treponêmico ou teste não-treponêmico, sem registro documentado de tratamento prévio, e/ou que apresenta sinais/sintomas de sífilis adquirida.

Quando o parceiro sexual se recusa a comparecer ao serviço de saúde, como determinar se ele tem sífilis ou não, sendo um dos critérios para o tratamento adequado ou inadequado da gestante?

Resposta: Caso o parceiro da gestante se recuse a comparecer ao serviço de saúde, a decisão depende da fase clínica da sífilis na gestante. Se a gestante estiver na fase primária, secundária ou latente recente e o parceiro não for tratado, a transmissão horizontal da sífilis (troca do treponema entre a gestante e o parceiro e vice-versa) pode

ser alta devido à alta carga de treponemas. Nesse caso, é razoável presumir que o parceiro também tenha sífilis.

Qual é o critério para o tratamento concomitante do parceiro sexual da gestante com sífilis?

Resposta: O tratamento é considerado concomitante se ocorrer entre a data de início do tratamento da gestante e a data da aplicação da última dose do tratamento da gestante. Se o parceiro sexual estiver ausente, não conviver com a gestante e não tiver relações sexuais com ela, o tratamento deve ser realizado antes de retomar o contato sexual com a gestante tratada.

No caso de gestantes tratadas com penicilina G benzatina na dose apropriada para a fase clínica da doença e o parceiro for tratado concomitantemente com outra droga (Doxiciclina ou Ceftriaxona), isso é considerado adequado para a prevenção da sífilis congênita?

Resposta: Sim, o tratamento do parceiro é considerado adequado se ele receber a medicação de acordo com o protocolo (dose e duração apropriadas para a fase da doença) e acompanhamento sorológico, uma vez que a Doxiciclina e a Ceftriaxona são alternativas para o tratamento da sífilis em pacientes alérgicos à penicilina. Isso contribui para a prevenção da sífilis congênita.

Em um parceiro sexual de uma gestante com sífilis recente (fase primária, secundária ou latente recente), se o teste rápido ou outro teste para sífilis for não reagente, devo realizar o tratamento?

Qual esquema deve ser seguido? Resposta: Sim, mesmo com resultado não reagente em provas sorológicas para sífilis, o tratamento deve ser realizado presumivelmente, especialmente se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (pois pode estar no período de janela). Nesse caso, o parceiro pode ser tratado com o esquema de sífilis recente (penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única). Parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias devem ser avaliados clinicamente e laboratorialmente, e o tratamento deve ser conforme os achados diagnósticos, ou, na ausência de sinais e sintomas e na impossibilidade de estabelecer a data da infecção, devem ser tratados com o esquema para sífilis latente tardia.

Parceiros expostos há mais de 90 dias com exames negativos para sífilis, os médicos afirmam que não há necessidade de tratamento, já que a exposição ocorreu há mais de 90 dias. Como devemos orientá-los?

Resposta: Parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias, especialmente antes do diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente precoce na gestante, devem ser tratados presumivelmente, mesmo com resultados negativos em provas sorológicas, uma vez que, nessas situações (gestante com sífilis recente), a transmissão horizontal da sífilis pode ser elevada devido à alta carga de treponemas. No caso de parceiros de gestantes na fase de latência indeterminada ou tardia, expostos há mais de 90 dias, com sorologia negativa, não é necessário realizar o tratamento, a menos que os resultados dos testes não estejam imediatamente disponíveis, momento em que o tratamento presumível deve ser considerado.

Os parceiros de gestantes com sífilis na fase de latência indeterminada ou tardia, expostos nos últimos 90 dias, devem ser tratados presumivelmente, mesmo com testes não reagentes. Alguns médicos nos questionam se o tratamento é iniciado concomitantemente, é administrada uma dose de penicilina e, quando os resultados dos testes são negativos, se é necessário dar mais doses de penicilina, visto que o parceiro foi exposto à gestante com sífilis e se estivesse em período de janela, uma dose já teria tratado a infecção. O que devemos responder?

Resposta: Nessa situação, em que o parceiro recebeu uma dose de penicilina G benzatina de 2.400.000 UI, IM, e os resultados dos testes treponêmicos e não-treponêmicos são não reagentes, uma dose é suficiente para tratar o parceiro, pois provavelmente ele estaria com sífilis recente. No entanto, se os testes do parceiro forem reagentes, ele deve ser tratado com o esquema para sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando não for possível determinar a data da infecção, ou ser tratado de acordo com os achados clínicos da sífilis, dependendo da fase da doença.

Quando gestantes e parceiros usuários de drogas não aderem ao tratamento ou se recusam a fazê-lo, e o feto está em risco, como proceder?

Devemos comunicar a qual órgão, como o Conselho Tutelar? Resposta: Nessa situação desafiadora, é essencial coordenar ações interdisciplinares em colaboração com a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e entre diferentes secretarias de saúde. A comunicação ao Conselho Tutelar pode ser uma opção, considerando que o feto está em risco.

Nos casos em que a gestante é tratada, mas o parceiro não, e a vida do bebê está em risco, podemos contatar o parceiro sem o consentimento da gestante? Resposta: É importante promover a conscientização da gestante sobre a importância de comunicar o parceiro. Uma alternativa é incentivar o pré-natal masculino, integrando-o ao programa de saúde do homem. Isso permitirá que o parceiro participe do pré-natal da gestante e cuide de sua própria saúde com a realização de exames. A abordagem conjunta do casal grávido permite a participação do homem em todo o processo, incluindo pré-natal, parto e puerpério.

Como posso encontrar a ficha de notificação de sífilis em gestante?

Resposta: A ficha de notificação de sífilis em gestante está disponível nos "formulários de notificação de doenças" no site do SINAN NET 4.0/Patch 4.2 (Versão em uso). Você pode acessá-la no seguinte link: [Inserir link] A ficha também está disponível nos sites do Programa Estadual DST/AIDS-SP e do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).

Após o preenchimento da ficha de notificação de sífilis em gestante, para onde devo encaminhar a ficha?

Resposta: A ficha de notificação e investigação deve ser enviada ao serviço de vigilância epidemiológica municipal. É importante seguir os procedimentos estabelecidos previamente para encaminhamento para a vigilância regional, estadual e nacional. Certifique-se de conhecer o fluxo estabelecido em seu serviço para que as notificações sejam encaminhadas corretamente e dentro do prazo.

Gestantes notificadas e tratadas, que durante a gestação apresentem aumento do título com provável reinfecção, devem preencher uma nova ficha de notificação de gestante?

Resposta: Não é necessário preencher uma nova ficha de notificação. É importante observar se o caso se trata de reinfecção, subtratamento, neurossífilis, ou falha de tratamento. A recomendação é realizar uma única notificação, pois duplicações de casos podem dificultar a identificação de reinfecções. No campo "Observações" no sistema SINAN, registre informações relevantes, como a data da coleta e o título do VDRL que apresentou elevação após tratamento adequado com cura documentada.

Quem é responsável por consolidar os dados e analisar as informações sobre sífilis em gestantes?

Resposta: A consolidação e análise dos dados deve ser realizada em diversos níveis da vigilância epidemiológica, incluindo os serviços de saúde municipais, estaduais e federais, bem como nos próprios locais de atendimento. É crucial que as informações analisadas sejam compartilhadas com os serviços que notificaram os casos. Cada nível hierárquico superior deve enviar as informações para que cada município ou região possa discutir, avaliar e planejar suas ações apropriadas.

REFERÊNCIAS

[1] BIOMEDICINA PADRÃO. **Espiroquetas-Treponema Pallidum**. 2011. Disponível em: https://biomedicinapadrao.wordpress.com/2011/09/01/espiroquetas/. Acesso em: set de 2023.

[2] BRASIL, Ministério da Saúde. **Sífilis**. 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis-2#. Acesso em: 04 de setembro de 2023.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p. : il.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento deAções Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-5.ed.-Brasilia: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, Governo do Estado doCeará. **Informe Epidemiológico, Sífilis Congênita**. 2013. 12/09/13 Pg 1 – 12. p. 1.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministérioda Saúde, 2007. 68 p. : il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Vigilância Epidemiológica Doenças infecciosas e Parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de VigilânciaEpidemiológica – 8.ed.rev. 2010.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Protocolo para aprevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis** – manual de bolso. Brasília, 2007. 190 p.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes p**ara controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72 p.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sífilis 2017:Boletim Epidemiológico**. Volume 48, N° 36 – 2017, p.1-44.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. **Série TELELAB.**p. 9. Secretaria de Vigilânciaem Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

[12] BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoriade Controle de Doenças CCD. **Sífilis**

congênita e sífilis na gestação. Rev SaúdePública, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

[13] BRAULE, Júlia Ferreira Póvoa**. Revisão integrativa sobre o uso de PCR para diagnóstico de sífilis em gestantes e recém-nascidos**. 2022.

[14] CALLOU FILHO, Cesario Rui. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO EM SAÚDE. **Editora Inovar**, [S.L.], p. 1-636, 2020. Editora Inovar. http://dx.doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-86212-13-6.

[15] CAMPOS, A. L. A; et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 26 (9): 1747-1755, set, 2010. p. 1.

[16] COUTO, JCF; ANDRADE, GMQ; TONELLI, E. **Infecções Perinatais**. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2006.

[17] DA SILVA, Ana Cristina Vieira; RIBEIRO, Wanderson Alves; DE PAULA, Enimar. O Enfermeiro diante da consulta de pré-natal: Atendimento a gestante portadora de sífilis. **RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA-ISSN 2763-8405**, v. 3, n. 1, p. e31304-e31304, 2023.

[18] DALLÉ, J; Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual. Dissertação de Mestrado do **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia eObstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre – 2017.

[19] DANIEL, Vanessa Marques. **Os sistemas de Informação em Saúde e seu apoio àgestão e ao planejamento do SUS: uma análise de estados brasileiros** / Vanessa Marques Daniel. – Porto Alegre, 2012. 212 f.

[20] DOURADO, J.S., ARELLANO, E.R., PICHARDO, A.R., EZCURRA, M.A.M. **Infecciones por treponemas. Sífilis**. Medicine. v.11, n.51, p.2993-3002, 2014.

[21] GRIEBELER, A. P. D. **A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade**. 2009. 71p. Trabalho de Conclusão de Curso(Especialização em saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul,Porto Alegre, 2009.

[22] GUERREIRO EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena,NBF. **O cuidado pré-natalna atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros**. Rev REME.[periódico na internet]. V.6, N.3, P. 315-323, 2012.

[23] GUINSBURG, R; SANTOS, A. M. M. N dos; Critérios diagnósticos e tratamento dasífilis congênita; **Documento Científico – Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria.** p. 5. São Paulo, 20 de dezembro de 2010.

[24] HILDEBRAND, VLPC. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento dasgestantes e seus parceiros** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.

[25] JORGE MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM**. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento,corresponsabilização e autonomia**. Ciência Saúde Coletiva. v.16, n.7, p.3051-3060, 2011.

[26] LAFETÁ, K. R. G; et al. Sífilis materna e congênita, Subnotificação e difícil controle. **Revista Bras Epidemiol**. v.19, n.1, p.63-74, 2016.

[27] LIMA, Fabiana Bogéa et al. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 91075-91086, 2021.

[28] LUCIO, Pamella Cunha et al. Sífilis congênita e gestacional no Sudeste Brasileiro. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 12, p. 107-122, 2023.

[29] LUPPI, CARLA; DOMINGUES, CARMEM; GOMES, SOLANGE. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. **São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde**, 2016.

[30] MESQUITA, K. O, de; et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante nomunicípio de sobral, CEARÁ, DE 2006 A 2010.**Rev. Sanare Sobral**. V.11. n.1.,p. 13-17, jan./jun. – 2012. p 14.

[31] MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**.Brasília, 2017.

[32] MONNERAT, Isabela da Costa. **Telesseguimento: uma proposta de monitoramento epidemiológico de sífilis no município de Teresópolis-RJ**. 2021. Dissertação de Mestrado.

[33] MONTEIRO, Vítor Antônio Rocha; GOMES, Larissa Freire; FREITAS, Joana Elisabeth de Sousa Martins. SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2017. **Saúde em Foco**: Temas Contemporâneos - Volume 2, [S.L.], p. 498-522, 2020. Editora Científica Digital. http://dx.doi.org/10.37885/200700660.

[34] NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 24, n. 4,p.681-694, out. 2015.

[35] NUNES, Jacqueline Targino; MARINHO, Ana Caroline Viana; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; SILVA, Gabriela Gonçalo de Oliveira; FÉLIX, Rayane Saraiva; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 11, n. 12, p. 4875, 4 dez. 2017. Revista de Enfermagem, UFPE Online. http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23573p4875-4884-2017.

[36] OLIVEIRA, Juliana Mascarenhas Leite et al. EVOLUÇÃO TEMPORAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA BAHIA 2011-2020. **Revista SaúdeUNIFAN**, v. 2, n. 2, p. 5-12, 2022.

[37] PINHEIRO, P; **Sífilis – Sintomas, Estágios, VDRL e tratamento. M.D**. 2018. Saúde. Disponível em <https://www.mdsaude.com/2009/01/dst-sifilis.html> Acessado em: 30 de setembro de 2023.

[38] SÁ JUNIOR, José Newton Benevides. **Avaliação dos impactos da implantação de um teste treponêmico automatizado na rotina de triagem sorológica de doadores de sangue na Hemorrede**

do estado do Ceará. 2022. Dissertação (Mestrado em Patologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/74276. Acesso em: 12 set. 2023.

[39] SILVA, Aianne Carolina Pego et al. A SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SUA INFLUÊNCIA NA MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 8, n. 1, 2022.

[40] SILVA, Valéria Stéfane et al. Sífilis: manifestações clínicas e orais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e489111436797-e489111436797, 2022.

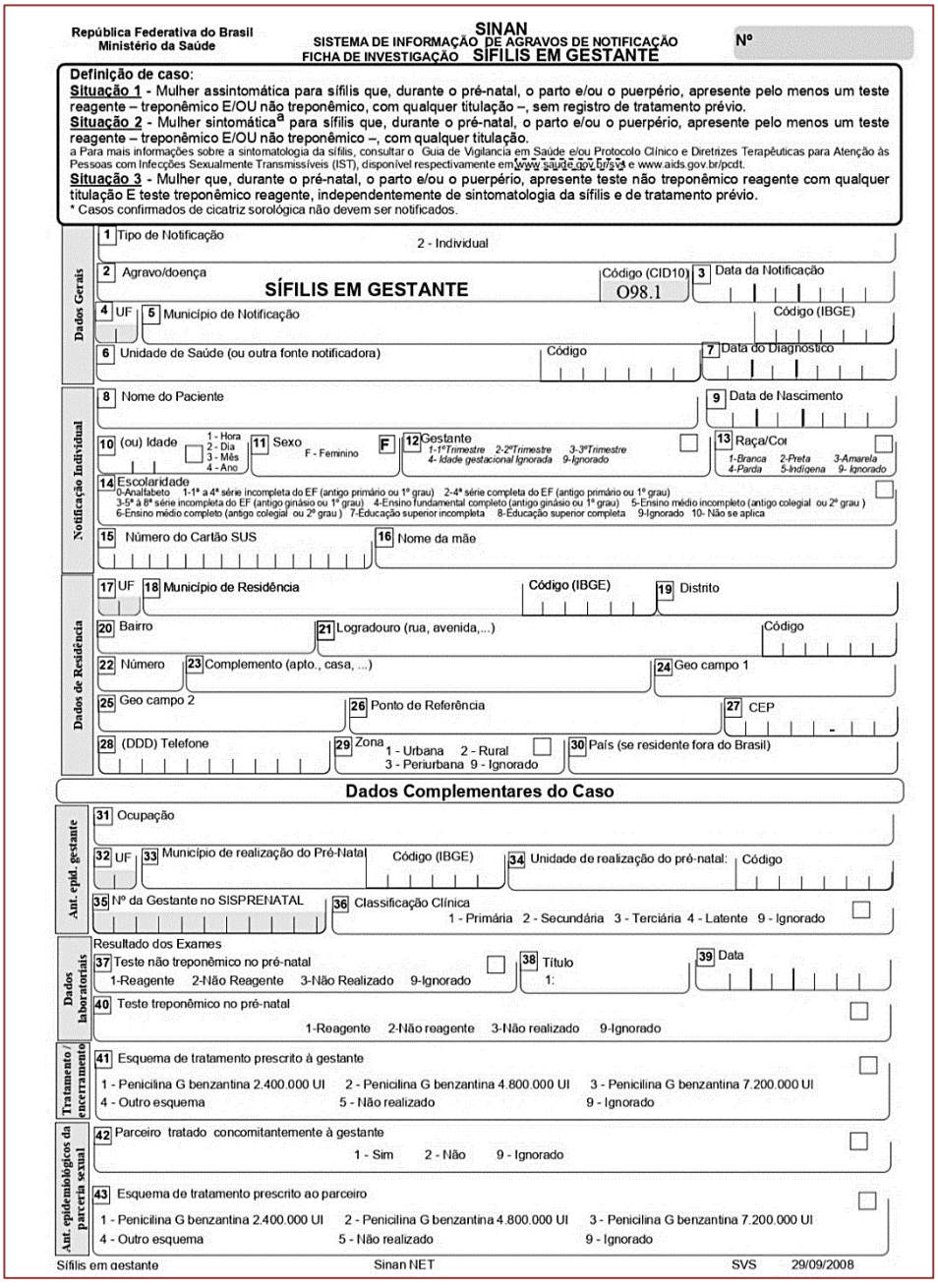
[41] SILVEIRA, A, da; et al, Assistência à Gestante com Sífilis e Parceiros Sexuais:Revisão Integrativa. **Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018.** Universidade de Fortaleza/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

[42] SOUZA, J. M;. **Avaliação da distribuição espacial e dos aspectos epidemiológicos da sífilis congênita e da sífilis em gestantes na região do pontal do Paranapanema /** Joyce Marinho Souza, Presidente Prudente, 2015. 17 f.; Il. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e desenvolvimento Regional) – Universidade do Oeste Paulista – Unoeste Presidente Prudente, SP, 2016.

[43] TAGARELLI, A., et al. **A brief history of syphilis by its synonyms. ActaDermatovenerol Croat**. V. 19, n.4, p.228-236, 2011.

ANEXOS

ANEXO I- FICHA DE INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO SÍFILIS GESTACIONAL



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

Definição de caso:

Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.

Situação 2 - Mulher sintomática[a] para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.

a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — **SÍFILIS EM GESTANTE** — Código (CID10) O98.1 — 3 Data da Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo — F - Feminino — F — 12 Gestante — *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9-Ignorado* — 13 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Ant. epid. gestante

31 Ocupação

32 UF — 33 Município de realização do Pré-Natal — Código (IBGE) — 34 Unidade de realização do pré-natal: — Código

35 Nº da Gestante no SISPRENATAL — 36 Classificação Clínica — 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Dados laboratoriais

Resultado dos Exames

37 Teste não treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado — 38 Título — 1: — 39 Data

40 Teste treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Tratamento / encerramento

41 Esquema de tratamento prescrito à gestante

1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Ant. epidemiológicos da parceria sexual

42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro

1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Sífilis em gestante — Sinan NET — SVS — 29/09/2008

Ant. epidemiológicos da parceria sexual

44 Motivo para o não tratamento do Parceiro

1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
5 - Parceiro com sorologia não reagente.
6 - Outro motivo: _____

Investigador

Município/Unidade de Saúde — Cód. da Unid. de Saúde

Nome — Função — Assinatura

Sífilis em gestante — Sinan NET — SVS — 29/09/2008

ANEXO II- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO SÍFILIS GESTACIONAL

SÍFILIS EM GESTANTE
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET – 29/09/2008

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.
CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações**). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
    OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**

ANEXO II- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO SÍFILIS GESTACIONAL (CONTINUAÇÃO)

21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.'**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: preencher com os dados da gestante ou da parturiente.

31. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO ESSENCIAL.**
32. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do local de realização do pré-natal. **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) do local de realização do pré-natal. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) em que a gestante realizou o pré-natal. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Informar o número do cadastro da gestante no SISPRENATAL.
36. Registrar a classificação clínica para sífilis na gestação: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sifilides papulosas, condiloma plano, alopécia); 3 - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (*tabes dorsalis*, demência); alterações cardiovasculares (aortite sifilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Refere-se ao resultado do teste não treponêmico preconizado para a primeira consulta de pré-natal. Entende-se como teste não treponêmicos o VDRL e o RPR. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
38. Informe a titulação do VDRL/RPR (ex.- 1: 32).
39. Informe a data da realização do teste.
40. Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado no pré-natal. Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos: FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody-absorption*), MHA-Tp (*Microhemaglutination Treponema pallidum Assay*), TPHA (*Treponema pallidum Hemaglutination Assay*), ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
41. Informe o esquema de tratamento prescrito à gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
42. Informe se o parceiro foi tratado concomitantemente à gestante. (1= sim, 2= não ou 3= ignorado).
43. Informe o esquema de tratamento prescrito ao parceiro.
44. Informe o motivo pelo qual o parceiro não foi tratado (caso não tenha sido tratado)

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação
Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.
Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva
Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro
Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

ANEXO II- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO SÍFILIS GESTACIONAL (CONTINUAÇÃO)

OBSERVAÇÕES:
Esquema de Tratamento Adequado:
É todo tratamento com penicilina completo, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado simultaneamente à gestante, de acordo com as seguintes especificações:
· Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
· Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
· Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

Esquema de Tratamento Inadequado:
É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou
· tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
· tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
· a finalização do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
· elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
· quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson